

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 144

DE LA
GASTRO-DUODÉNOSTOMIE
SOUS-PYLORIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI GROLLIER

Né à Rives (Isère), le 31 décembre 1874



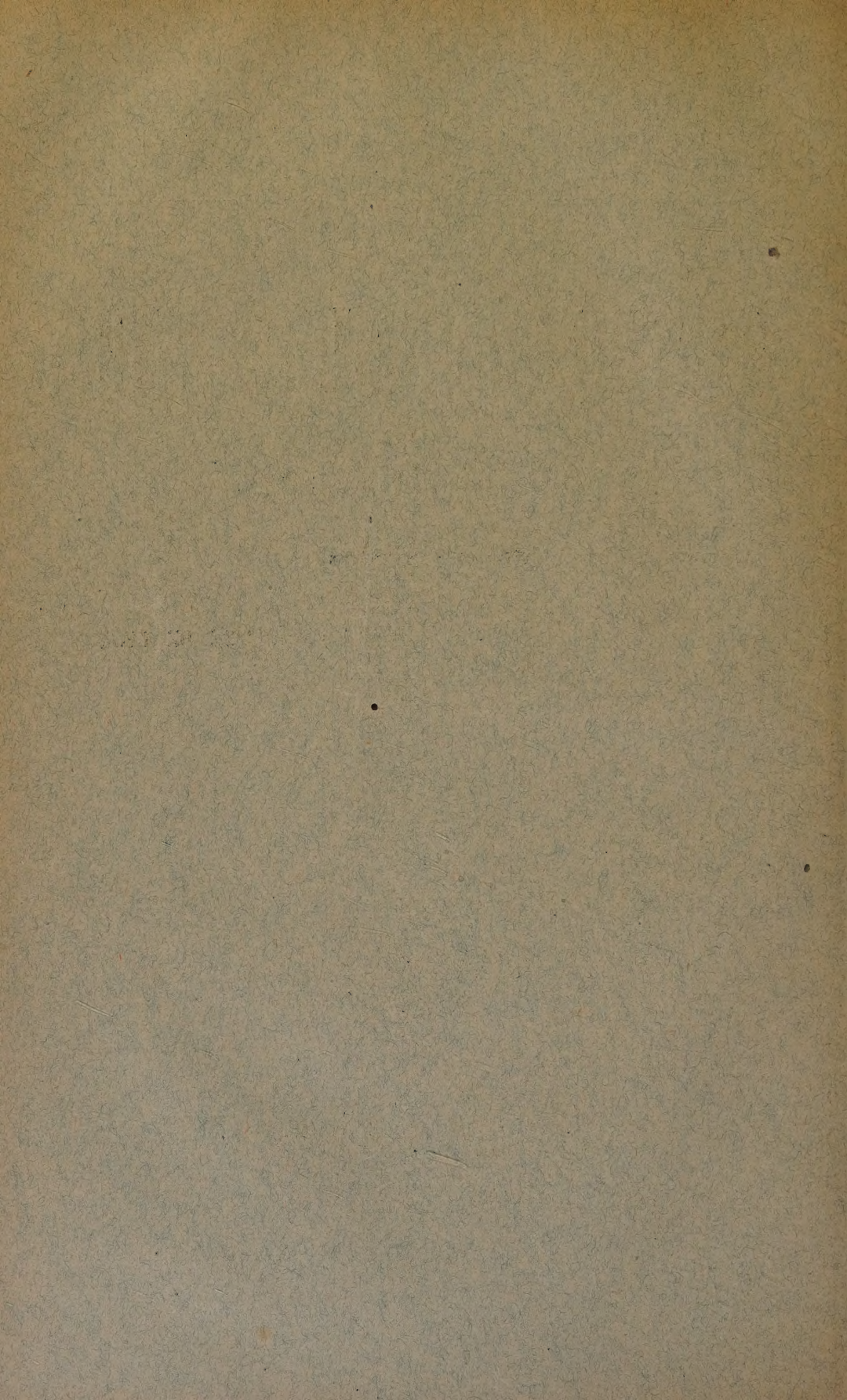
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900



DE LA
GASTRO-DUODÉNOSTOMIE
SOUS-PYLORIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 144

DE LA
GASTRO-DUODÉNOSTOMIE
SOUS-PYLORIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI GROLLIER

Né à Rives (Isère), le 31 décembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophthalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	M. LAROYENNE
--	--------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. ROLLET, Assesseur ;
MM. DURAND et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Avant de terminer nos études médicales, dont ces pages marquent la dernière étape, avant de quitter cette chère Université lyonnaise dont nous avons été le disciple pendant de trop courtes années, nous tenons à adresser un profond hommage de reconnaissance à tous nos maîtres dans les hôpitaux et à leur dire le regret que nous éprouverons d'être privé désormais de leur enseignement.

Il nous serait difficile de nommer tous ceux qui, durant notre séjour à la Faculté, nous ont prodigué leurs affectueux conseils.

Qu'il nous soit cependant permis de remercier, d'une façon toute particulière, M. le docteur Lyonnet, médecin des Hôpitaux, qui, depuis le début de nos études, n'a cessé de nous témoigner de toutes façons le vif intérêt qu'il nous porte. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre profonde gratitude et de lui dire notre absolu dévouement.

M. le docteur Commandeur, accoucheur des Hôpitaux, a droit également à toute notre reconnaissance pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués en maintes circonstances.

M. le docteur Villard, chirurgien des Hôpitaux, à qui nous devons l'idée première de ce travail, nous a accueilli avec la plus cordiale bienveillance et nous a guidé de ses conseils dans l'élaboration de notre thèse avec une parfaite obligeance. Nous l'assurons de notre bien sincère gratitude.

En voulant bien accepter la présidence de notre thèse, M. le professeur Poncet nous fait un honneur auquel nous sommes très sensible et dont nous ne saurions trop le remercier.

Notre ami, M. Carle, interne des Hôpitaux et professeur à la Faculté, nous a donné pour ce modeste travail de précieuses indications dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

A tous les amis dont nous nous séparons avec tristesse nous disons un adieu ému et leur adressons nos meilleurs souhaits pour l'heureuse terminaison de leurs études.

H. G.

INTRODUCTION

L'opération nouvelle que nous nous proposons d'étudier dans ce travail, la gastro-duodénostomie sous-pylorique, comme l'a nommée son auteur, M. Villard, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, est une forme spéciale de gastro-entéro-anastomose qui, par les incontestables avantages qu'elle semble présenter, nous paraît appelée à rendre de réels services dans un assez grand nombre de cas.

Au cours de ses dernières interventions, dirigées contre les sténoses du pylore, M. Villard fut frappé par ce fait qu'il serait possible de supprimer, d'une façon presque certaine, le retour des suc digestifs de l'intestin dans l'estomac, retour si fréquemment observé à la suite des gastro-entérostomies, en abouchant les deux organes au-dessus de l'ampoule de Vater. Il suffisait, pour cela, d'unir la seconde portion du duodénum au niveau de son tiers supérieur avec la partie de la grande courbure anatomiquement située

en face d'elle. C'est ce que M. Villard a eu l'occasion de faire dans trois cas et les résultats opératoires ont été excellents.

Certes, cette opération ne doit pas aspirer à remplacer les autres modes d'intervention, il serait puéril de le penser, mais elle a ses indications bien précises que nous nous efforcerons d'établir, et il semble qu'elle doive, dans certains cas, donner de très bons résultats et être employée de préférence aux procédés antérieurement appliqués.

Nous avons divisé notre travail en six chapitres.

1^o Un chapitre d'historique où nous nous bornerons à peu près à exposer les opérations en présence à l'heure actuelle, avec les raisons qui peuvent déterminer à ne pas s'en tenir à elles, malgré leurs nombreuses indications et les succès qui les justifient.

2^o Un chapitre d'indications.

3^o Un chapitre où nous exposerons le manuel opératoire.

4^o Un chapitre où nous indiquerons les résultats opératoires.

5^o Un chapitre d'observations.

6^o Les conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est de l'an 1602, avec Mathis de Brandebourg, que date la première intervention sur l'estomac ; il s'agissait d'une simple gastrotomie dans le but d'extraire un corps étranger et le résultat de l'opération fut heureux. Néanmoins, ce premier succès ne suffit pas à entraîner les chirurgiens dans cette voie, et c'est à peine si on peut noter quelques rares interventions pendant le XVII^e et le XVIII^e siècle.

Les gastrostomies que firent Sédillot en 1849 et 1853, et Fenger en 1854 ne furent pas davantage suivies d'essais sérieux de traitement des sténoses du pylore. C'est seulement en 1879 que fut tentée, pour la première fois, une opération rationnelle destinée à obvier aux inconvénients de ces rétrécissements, et ce fut Péan qui, au mois d'avril 1879, pratiqua la première pylorectomie. Il est cependant juste de dire qu'avant lui de nombreux expérimentateurs avaient affirmé la possibilité de l'opération, et parmi ceux-ci

il convient de citer Merren, Gussenbauer, Winiwarter.

L'opération de Péan eut un grand retentissement et appela l'attention sur la chirurgie de l'estomac. Rapidement alors apparurent la gastro-entéro-anastomose essayée par Nicoladoni et Wolfler en 1881 et la pyloroplastie par Heinecke, 1886 et Mikulicz, 1887. Depuis cette époque, très nombreuses ont été les interventions de ce genre, rendues moins dangereuses par l'application systématique des règles de l'antisepsie et surtout de l'asepsie, avant lesquelles les chirurgiens redoutaient si fort, et à juste titre, de pénétrer à travers la grande séreuse péritonéale. Nombreux aussi ont été les succès. Néanmoins, la connaissance des indications précises et des inconvénients inhérents à ces diverses opérations est de date récente, car, pour être établie, elle demandait à être basée sur un nombre suffisant d'observations donnant des résultats éloignés.

L'étude des procédés actuels de traitement des sténoses du pylore comprend celle de la pylorectomie, de la pyloroplastie et des gastro-entéro-anastomoses. Sous l'inspiration de M. Villard, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, nous proposons une opération nouvelle à laquelle il a donné le nom de gastro-duodénostomie sous-pylorique. Intermédiaire aux deux dernières par son manuel opératoire, participant de quelques-uns des avantages de l'une et de l'autre, nous préciserons ses indications au cours de ce travail, et nous exposerons ses résultats basés sur les observations de trois malades opérés par M. Villard.

Passons tout d'abord en revue les procédés antérieurs.

La pylorectomie ne s'adresse qu'aux cas de sténoses cancéreuses limitées et dont l'envahissement ganglionnaire est nul. C'est une cure radicale du néoplasme plutôt qu'un traitement dirigé contre la sténose elle-même, aussi ses indications sont-elles très rares. Quant aux essais de pylorectomie dans les cas de sténoses dues à d'autres causes, ils n'ont pas donné de bien bons résultats, aussi est-on d'accord, actuellement, pour réserver cette opération aux cas de néoplasmes limités.

Quoique un peu plus nombreuses, les indications de la pyloroplastie sont cependant restreintes. Elle ne devra jamais être pratiquée dans les cas de cancer, et ne pourra pas l'être non plus dans les rétrécissements étendus où le tissu sclérosé ne permet pas un glissement des surfaces et une suture faciles.

De plus, elle expose aux récidives, et le manuel opératoire n'en est pas toujours aisé. Aussi est-ce à la gastro-entéro-anastomose que l'on a recours le plus souvent, car c'est elle qui a donné jusqu'à présent les meilleurs résultats. Malheureusement cette opération, qui peut-être employée dans tous les cas, expose à des troubles fonctionnels graves si on se contente d'anastomoser simplement l'anse intestinale avec l'estomac, comme l'avait fait Wölfler, dans sa première opération en 1881. Pour obvier aux inconvénients, qui en résultent, reflux des sucs biliaire et pancréatique, ainsi que des aliments dans l'estomac, on a imaginé des opérations complexes qui

demandent un temps plus long, nécessitent une double anastomose, exigent de grandes précautions opératoires, et qui, par cela même, disposent davantage aux accidents péritonéaux. Le type de ces opérations est l'anastomose en Y de Roux: l'anse intestinale que l'on veut mettre en communication avec l'estomac est sectionnée, et l'on abouche à la face postérieure de l'estomac le bout efférent. Quant au bout afférent, il est fixé à l'intestin grêle par une seconde anastomose. De cette façon l'on a un double canal, le premier destiné uniquement aux aliments et le second aux sucs digestifs, à la bile et au suc pancréatique. Parmi les autres procédés nous citerons la gastro-entérostomie avec entéro-anastomose complémentaire de Lauenstein qui a été employée dans un certain nombre de cas (Braun, Jaboulay); la gastro-entéro-anastomose transmésocolique, procédé de Von Hacker (1885). Il ne semble pas que ces opérations aient donné les résultats que l'on en attendait. Outre les accidents dus aux difficultés du manuel opératoire, on a, quelquefois, malgré tout, des troubles digestifs graves causés par le reflux du suc pancréatique et de la bile, que l'on n'a pas réussi à empêcher.

Entre la pyloroplastie, qui supprime l'obstacle, mais laisse aux aliments leur cours duodénal et la gastro-entéro-anastomose simple ou complexe qui isole fonctionnellement une portion plus considérable d'intestin, peut se placer la gastro-duodénostomie.

Ici il n'y a que la première portion du duodénum qui est supprimée, l'abouchement se fait dans la seconde portion. L'on évite ainsi, d'une part l'accumu-

lation des matières dans une portion relativement longue de l'intestin ; d'autre part, le reflux des liquides digestifs, sucs biliaire et pancréatique ne peut avoir lieu, car l'anastomose est faite au dessus de l'ampoule de Vater. Ces avantages, joints au fait que sa simplicité relative expose moins que la gastro-entéro-anastomose en Y aux accidents infectieux, font que cette opération pourra être utilisée dans un grand nombre de cas.

En 1892 M. Jaboulay concevait la possibilité d'une anastomose entre le duodénum et l'estomac, et il exposait ses vues théoriques dans les *Archives provinciales de chirurgie* de la même année. Il se proposait d'unir la face antérieure de l'estomac dilaté à la deuxième portion du duodénum et cela par une plicature de la face antérieure de l'estomac ainsi attiré fortement à droite. Un aide, placé à gauche de l'opéré, faisait un pli vertical sur la face antérieure de l'estomac et, par un mouvement de rotation et de traction imprimé au viscère, celui-ci allait à la rencontre du duodénum. En 1894 M. Jaboulay eut l'occasion de mettre en pratique ses idées théoriques dans un cas de néoplasme limité au pylore. Ce fut le seul cas où il les appliqua, car un certain nombre d'inconvénients étaient inhérents à ce procédé. En effet, l'ouverture gastrique étant faite à la partie antéro-supérieure, les aliments séjournent dans la portion déclive et s'opposent ainsi au retour de l'estomac à ses dimensions normales, ce que l'on observe assez souvent à la suite des gastro-entéroanastomoses. D'autre part, le plissement nécessaire de la

face antérieure de l'estomac doit être souvent difficile à réaliser, en raison de la rétraction des parois gastriques, rétraction qui se produit lorsque l'estomac est vidé soigneusement de son contenu. On comprend enfin, la plicature serait-elle même réalisable, les dangers que peuvent faire courir à une ligne du suture des tiraillements, même légers.

Frappé de ces inconvénients, M. Villard a pensé que l'anastomose faite entre le bord gauche de la deuxième portion du duodénum, immédiatement en avant de la tête du pancréas et la naissance de la grande courbure de l'estomac, au ras de l'insertion épiploïque, serait supérieure, tant au point de vue du manuel opératoire que du fonctionnement physiologique. C'est ce qu'il a nommé la gastro-duodénostomie sous-pylorique.

La première gastro-duodénostomie sous-pylorique fut faite le 20 avril 1897 (Obs. I, *Province Médicale*, 1897, p. 214). Il s'agissait d'une sténose cicatricielle qui avait amené le malade au dernier point de la cachexie. L'opération fut pratiquée *in extremis* et la mort survint 48 heures après. L'autopsie démontra la solidité et l'étanchéité absolue de l'anastomose, ainsi que l'absence de réaction péritonéale. Ce résultat prouvait du moins que l'opération faite dans des conditions meilleures au point de vue de l'état général, devait donner ce que l'on attendait d'elle. En effet M. Villard a eu, depuis, l'occasion d'y avoir recours deux fois, le 26 août 1899 (Obs. II) et le 16 janvier 1900 (Obs. III), et les suites opératoires ont été parfaites.

CHAPITRE II

DES INDICATIONS DE LA GASTRO-DUODÉNOSTOMIE SOUS-PYLORIQUE

Comme toutes les opérations du même genre, l'opération de M. Villard est dirigée surtout contre les sténoses du pylore, quelle que soit leur cause. Si le siège de cette opération, dans un espace restreint et voisin du pylore, limite un peu ses indications, son cadre est élargi de toutes celles où la rapidité est nécessaire et où l'on craint des complications opératoires ou post-opératoires. Les avantages déjà signalés précisent ces indications que nous allons passer en revue :

1. — *Sténose du pylore d'origine néoplasique*

Il est certain que l'idéal est l'enlèvement complet de la tumeur et de ses dépendances par la pylo-

rectomie qui représente l'opération de choix. Mais les cas où elle est applicable sont, en somme, bien restreints. Si le néoplasme est petit, limité, mobile, sans adhérences postérieures, on peut songer à intervenir radicalement. Le fait même de rencontrer des ganglions le long de la petite ou de la grande courbure n'implique pas son rejet, car ils sont enlevables dans leur totalité et souvent limités. Mais si la généralisation est plus complète, que les ganglions de la tête du pancréas soient envahis, que le foie soit gros et dur, on peut rejeter la pylorectomie sans le moindre remords.

Cliniquement, avant la laparatomie, on peut prévoir cet état de choses : si le foie est dur, gros, si l'on trouve des ganglions sous-claviculaires, si le malade présente du varicocèle (signe de Hartmann), on peut s'attendre à trouver une tumeur déjà étendue et se poser d'avance la question d'une autre intervention, d'une opération de nécessité.

Celle-ci sera alors une des diverses gastro-entérostomies entre lesquelles on aura le choix. Si l'on a affaire à un malade porteur d'une tumeur largement étendue tout autour du pylore avec tendance à envahir les ganglions inférieurs qui entourent la tête du pancréas, on ne peut songer qu'à la gastro-entéro-anastomose. Si le malade est encore résistant, capable de supporter un shock opératoire prolongé, on doit lui donner le bénéfice d'une opération compliquée, procédé en Y de Roux, de préférence. Pour un malade affaibli, pour une tumeur étendue, l'opération la plus rapide sera encore la plus simple, et

la gastro-entéro-anastomose antérieure choisie de préférence. Mais le fait d'un cancer encore limité au pylore et à la petite courbure, avec envahissement ganglionnaire du petit épiploon, nous donne le choix et il sera même préférable d'employer la gastro-duodénostomie sous-pylorique.

1^o Parce que, aussi rapide que les gastro-antérosomies antérieures ou postérieures simples, elle expose moins que celles-ci aux accidents du *circulus viciosus* et au reflux des liquides biliaire et pancréatique dans l'estomac.

2^o Parce que, beaucoup moins longue et moins compliquée que les procédés de gastro-entérostomie à anastomoses multiples, elle réalise tout aussi bien, sinon mieux un libre écoulement des produits digestifs.

3^o Parce qu'avec cette opération, les conditions physiologiques normales sont à peu près rétablies *ad integrum*.

En somme :

Néoplasme petit, mobile, sans adhérences postérieures, avec ganglions limités le long des courbures : pylorectomie.

Néoplasme étendu, ayant débuté dans la région pylorique, avec envahissement ganglionnaire de la tête du pancréas, ou propagation hépatique : si malade solide, gastro-entérostomie, procédé à deux anastomoses en Y ; si malade affaibli, procédé simple : gastro-entéro-anastomose antérieure.

Néoplasme ayant débuté dans la région de la petite courbure, avec envahissement du petit épiploon : la gastro-duodénostomie sous-pylorique pourra être utilement employée.

II. — *Rétrécissement d'origine cicatricielle.*

L'intervention la plus simple et la meilleure, quand elle est possible, est certainement la pyloroplastie. Mais elle exige un pylore mobile, libre d'adhérences, des parois gastriques et duodénales souples, pas de péri-gastrite, toutes conditions qui ne se trouvent pas souvent réalisées. S'il y a des adhérences, de l'induration inflammatoire, à plus forte raison si l'on a le moindre soupçon de cancer, on doit la rejeter. On ne peut songer à la pylorectomie, cette opération a donné des résultats désastreux. La thèse de Marion (Intervention chirurgicale au cours de l'ulcère d'estomac, th. Paris, 1896-1897) nous apporte des statistiques lamentables : 11 morts sur 19 cas essayés, soit une proportion de 57 %. La mobilité stomacale ne compense évidemment pas la fixité de la portion du duodénum sur laquelle porte la suture, et la distance est trop grande entre les points à suturer.

Nous notons, pour mémoire, la dilatation digitale du pylore. Malgré les 29 succès de Loreta, c'est une opération grave, exposant à la rupture, aux hémorragies, à la péritonite. Les cas malheureux de Mac Burney (hémorrhagie), Mollière (péritonite), Barreau (10 morts sur 25), etc., ne sont pas un encoura-

gement, et Loreta, dans une seconde statistique rendue publique (la première n'ayant jamais pu être retrouvée) avoue 2 morts sur 7 essais.

Restent les gastro-entéro-anastomoses.

Dans le cas de sténose cicatricielle où le choix du procédé est beaucoup plus libre, où la proximité relative du pylore n'est plus un défaut, il est fort peu de cas où le procédé de M. Villard ne puisse être employé. Il a tous les avantages des opérations complexes, puisqu'il supprime le *circulus viciosus* et, en même temps, il a la rapidité des procédés simples. Sauf les cas fort rares de péri-gastrite étendue jusque sur l'antrum prépylorique, ou d'ulcère siégeant à ce niveau, ou d'adhérences exceptionnelles, c'est la gastro-duodénostomie sous-pylorique qui représente l'opération de choix.

En somme : pyloroplastie pour les cas simples de sténose, avec pylore mobile, sans adhérences, sans péri-gastrite étendue ; gastro-duodénostomie sous-pylorique pour la grande majorité des autres cas.

III. — Rétrécissements d'autre origine.

Sans parler des raretés cliniques, ceux-ci peuvent être soit tuberculeux, soit d'origine biliaire, soit congénitaux.

Les sténoses congénitales présentent des indications en général bien peu précises. Ou bien elles sont tolérées, signalées seulement par une dilatation

d'estomac persistante, ou bien elles amènent une mort assez rapide, avec début précoce des accidents (Communication de Still, Société pathologique de Londres, février 1899).

Cependant, dans un cas, Sonnenburg a traité par la pyloroplastie un enfant de 5 ans. Le résultat fut excellent, c'est donc un encouragement à l'essayer une autre fois. Cependant, si l'hypertrophie des fibres circulaires, qui constitue en somme toute la lésion, s'étendait trop loin, peut-être y aurait-il lieu d'essayer la gastro-duodénostomie sous-pylorique.

Les rétrécissements tuberculeux ne sont pas fréquents. Nous avons vu le succès du second cas de M. Villard, que nous soupçonnons fort, avec lui, d'être d'origine tuberculeuse. Ce serait un encouragement pour d'autres cas où les lésions ne seraient pas trop étendues.

Quant aux rétrécissements consécutifs à des inflammations des voies biliaires, il est rare qu'une opération de ce genre soit efficace. C'est trop ou trop peu. Quelquefois la recherche et la section de quelques brides agiront mieux que toute autre intervention. Quelquefois aussi une opération plus complexe sera nécessaire, tels les cas d'hépatopexie rapportés par Hartmann et qui amenèrent la suppression complète des signes de sténose. De plus, un inconvénient, c'est que l'inflammation porte aussi souvent sur la région sous-pylorique que sur le pylore lui-même. Cependant, dans les cas où l'inflammation serait limitée, la gastro-duodénostomie sous-pylori-

que serait évidemment indiquée de préférence à une autre opération plus grave telle que la gastro-entéro-anastomose en Y.

IV. — *Ulcères en voie d'ulcération. — Hématémèses continues.*

Les tentatives de ce genre sont évidemment des raretés. Cependant, lorsqu'un ulcère donne lieu à des symptômes douloureux intenses, à des vomissements entraînant l'inanition, à des spasmes pyloriques fréquents, on est en droit de songer à une intervention chirurgicale. Les statistiques de résection d'ulcère ne sont pas brillantes et autorisent à chercher un autre moyen. Dans sa thèse, déjà citée, Marion a réuni un certain nombre de cas heureux dûs à la gastro-entéro-anastomose.

Il en est de même pour certaines hématémèses. Lorsqu'elles sont petites, continues, répétées et qu'elles finissent par anémier sérieusement le malade, on a tenté quelquefois la gastro-entéro-anastomose, et avec succès, comme le prouvent les cas de Doyen, Carle, Tuffier, etc., réunis dans la thèse de Savariaud (Thèse de Paris, 1897-1898).

Ajoutons quelques cas isolés où cette opération a été appliquée pour la cure de l'hyperchlorhydrie (Doyen), et de la gastro-succorrhée (Hartmann).

Pour tous ces cas qui sont évidemment des raretés, nous ne voulons pas poser de règle. Cependant, il est certain que l'indication essentielle dans ces diver-

ses opérations, est de donner un libre écoulement au suc gastrique nocif par son contact avec la muqueuse. Or, nous plaçant à ce point de vue, la gastro-duodénostomie sous-pylorique ferait un excellent drainage. De plus, elle aurait l'avantage d'empêcher le reflux des sucs biliaire et pancréatique et, dans l'espèce, ceci aurait une grande importance. De par leur composition, ces liquides ne peuvent être, en effet, d'un voisinage bien favorable pour une muqueuse ulcérée, et leur écoulement assurerait la cicatrisation plus rapide de la lésion. Dans ces conditions, la pyloroplastie est, évidemment, l'opération de choix, mais, là encore, quand l'ulcère siègera au voisinage du pylore et étendra sa réaction inflammatoire jusqu'à lui, la gastro-duodénostomie sous-pylorique trouvera sa place et pourra être d'un utile secours, car elle semble présenter des avantages certains par sa bénignité opératoire d'une part, d'autre part par ses suites favorables dues à l'absence complète du *circulus viciosus* plus nuisible ici que dans tout autre cas.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES

Une des précautions préliminaires les plus importantes et sur laquelle nous croyons devoir insister, consiste dans la nécessité de l'évacuation des liquides stomacaux par les lavages. Contrairement, en effet, à l'opinion de Beatson, Trendelenburg, Reclus, Roux qui, dans les interventions sur l'estomac, jugent inutiles les grands lavages gastriques, M. Villard croit ceux-ci de la plus grande utilité et, dans ses gastro-duodénostomies, y a toujours eu recours, sauf contre-indications spéciales tirées de la faiblesse du malade. Plus que toute autre opération, la gastro-duodénostomie réclame ces lavages. Ici, en effet, la région sur laquelle on opère est plus profondément située que lorsqu'il s'agit de gastro-entéro-anasto-

mose portant sur le jejunum que l'on peut facilement attirer au dehors.

Intervenir sur un estomac distendu par les liquides serait s'exposer à l'issue de ceux-ci et aux accidents consécutifs d'infection péritonéale. En conséquence, M. Villard a l'habitude de faire pratiquer, la veille de l'opération, un lavage minutieux de la cavité gastrique; un autre semblable est fait le lendemain, immédiatement avant l'intervention. Il ne faut pas, en effet, laisser un trop grand intervalle entre celle-ci et le moment où le dernier lavage est pratiqué, car souvent la muqueuse gastrique sécrète en peu de temps une quantité de liquide suffisante pour apporter une gêne notable au cours de l'intervention. C'est ainsi que, dans notre observation III, plusieurs heures s'étant écoulées après la dernière évacuation, nous avons éprouvé une certaine gêne occasionnée par l'issue au dehors des liquides gastriques, sans qu'aucun inconvénient n'en soit, du reste, résulté.

Ces lavages seront faits avec de l'eau bouillie et continués jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Grâce à ces précautions, M. Villard s'est trouvé, dans toutes ses interventions, en présence d'une cavité gastrique bien vidée et d'une muqueuse propre, de coloration normale.

Comme pour toutes les opérations analogues, on fera d'abord un lavage soigné de la région abdominale à la brosse et au savon, puis à l'éther, et on complètera l'asepsie par un lavage au sublimé.

Ces précautions étant prises, on fait l'anesthésie à

l'éther, suivant la coutume lyonnaise. Cet agent paraît d'autant plus indiqué dans la laparotomie, que l'on intervient sur des organes qui peuvent être le point de départ de réflexes toujours graves. Sauf chez les malades trop affaiblis, l'anesthésie devra être poussée très profondément, ce sera le seul moyen de se mettre à l'abri des secousses de vomissements et des efforts diaphragmatiques, qui pourraient pousser les intestins au dehors. La résolution étant obtenue, on commence aussitôt l'opération.

PREMIER TEMPS

Incision de la paroi

L'incision est pratiquée sur la ligne médiane, dans la région sus-ombilicale, comme dans les gastro-entéro-anastomoses ordinaires. Elle est commencée à environ 12 cent. de l'ombilic et continuée jusqu'à celui-ci. En raison de la mobilité du pylore et de son abaissement dans les ectasies gastriques, il est quelquefois nécessaire de prolonger plus bas la ligne d'incision. Il suffit alors de la continuer, en coupant avec les ciseaux la paroi soulevée et en ayant soin de passer à gauche de l'ombilic pour éviter la veine ombilicale. Des pinces hémostatiques font l'hémostase des petits vaisseaux qui donnent et, d'autre part, fixent le péritoine pariétal, en l'attirant au dehors.

DEUXIÈME TEMPS

Recherche du duodénum et de la grande courbure de l'estomac. — Placement des deux premiers points de juxtaposition.

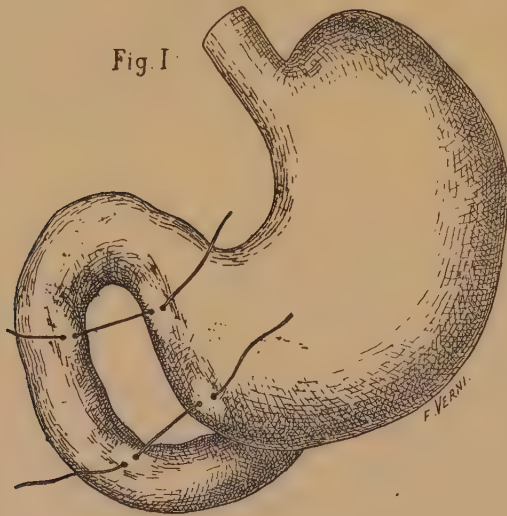
La paroi abdominale étant alors largement ouverte, la recherche de l'estomac est facile, car, le plus souvent, le viscère, encore moyennement dilaté malgré les lavages, se montre immédiatement. Il faut alors chercher de suite sa grande courbure, remonter vers le pylore et le reconnaître, en même temps que la particularité anatomique de la sténose. On va alors à la recherche de la portion descendante du duodénum. A ce moment, il faut être bien aidé, car l'intestin est, en ce point, plus profondément situé et beaucoup moins mobile. Avec un peu d'habitude, pourtant, l'organe est rapidement reconnu. En effet, l'amaigrissement présenté par les malades atteints de sténose du pylore, facilite considérablement les manœuvres, la paroi abdominale étant pour ainsi dire collée aux corps vertébraux, qui font en avant une forte saillie. Enfin, la souplesse de la paroi chez les femmes, surtout chez celles qui ont eu des grossesses, simplifie beaucoup les choses, alors que, chez l'homme, la résistance des muscles droits et l'épaisseur de l'aponévrose peuvent apporter quelque gêne.

Quoi qu'il en soit, l'extrémité droite de la grande courbure étant reconnue, ainsi que la deuxième partie du duodénum, il importe de fixer ces deux organes l'un à l'autre. M. Villard a toujours eu recours à un artifice opératoire, qui aide beaucoup pour les manœuvres ultérieures : il consiste dans le passage de deux points de suture réunissant l'estomac et le duodénum, et placés aux deux extrémités de la future incision d'anastomose.

De ces deux points, le premier est situé à un centimètre et demi ou deux au-dessous du pylore, sur la naissance de la grande courbure. Il intéresse les tuniques séro-musculaires de l'estomac, au ras et en avant de l'insertion épiploïque (au moins dans la variété antérieure), et celle du duodénum, en avant de la tête du pancréas. Le deuxième point de suture est placé dans les mêmes conditions 4-5 cent. plus bas (Voir fig. 1). Il faut avoir soin de laisser une certaine longueur aux fils de soie : ils serviront, en premier lieu, à juxtaposer l'estomac et l'intestin et seront ensuite d'un grand secours pour amener sous les yeux la future ligne de suture. On pourrait employer pour cela les pinces à griffe de Tuffier, mais les points de suture qui ont l'avantage de ne pas léser autant les tissus et de laisser en place un point de plus, sont préférables.

Les extrémités des fils de ces deux points de juxtaposition étant saisis avec des pinces à pression sont confiées à des aides qui exercent sur elles des tractions suffisantes pour bien tendre les surfaces mais sans les déchirer. Il devient alors facile de commen-

cer le troisième temps c'est-à-dire la suture séro-séreuse postérieure.



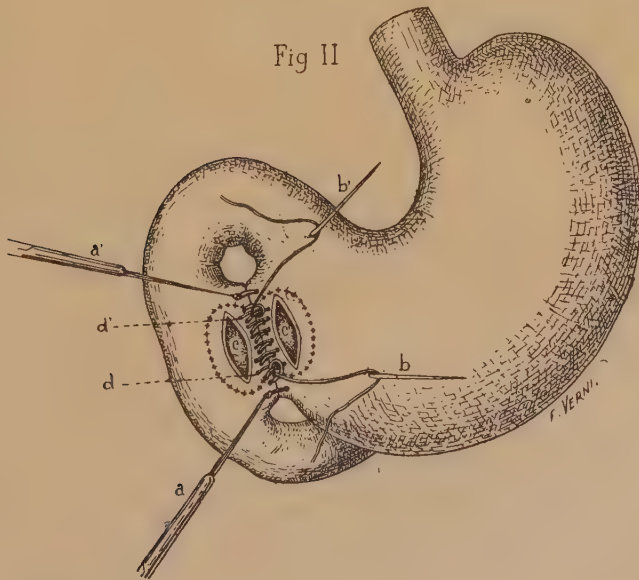
TROISIÈME TEMPS

Suture séro-séreuse postérieure

A partir de ce moment, on suit un manuel opératoire analogue à celui décrit par MM. Terrier et Hartmann (1). On utilise de la soie fine, mais suffisamment solide, montée sur des aiguilles à peu près

(1) TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac, p. 97.

rectilignes, légèrement courbées vers la pointe. Entre les deux premiers points de fixation (fig. II, aa) un surjet séro-séreux, arrêté tous les trois points, est placé, unissant d'une façon définitive l'estomac et le duodénum dans toute l'étendue que comprendra la suture. Celle-ci sera commencée de bas en haut et on aura soin de laisser une certaine longueur au bout initial du fil (fig. II, 6), car il servira à reconnaître, dans les derniers temps de l'opération, le point où l'on a commencé l'adossement séro-séreux et évitera de laisser une zone insuffisamment suturée.

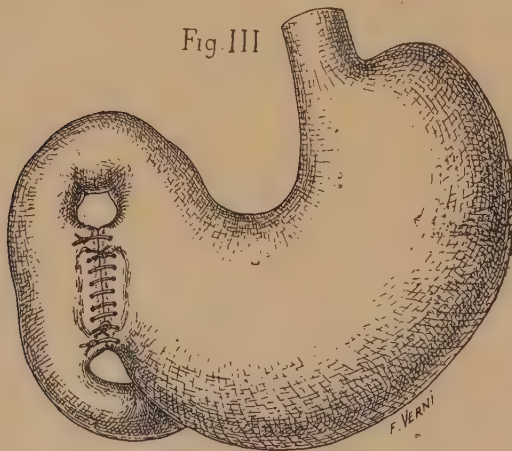


Lorsque ce premier plan de suture sera fait, il faudra pratiquer l'incision de l'estomac et du duodénum.

QUATRIÈME TEMPS

*Ouverture de l'estomac et du duodénum.
Suture des orifices.*

Avant de pratiquer l'ouverture des cavités gastrique et intestinale, le champ opératoire doit être minutieusement circonscrit et limité par des compresses de gaze stérilisée pour éviter l'infection possible par issue de liquide gastrique. L'incision du



duodénum et de l'estomac se fait suivant une ligne un peu moins étendue que la ligne de suture séro-séreuse postérieure et à environ 5 millimètres à

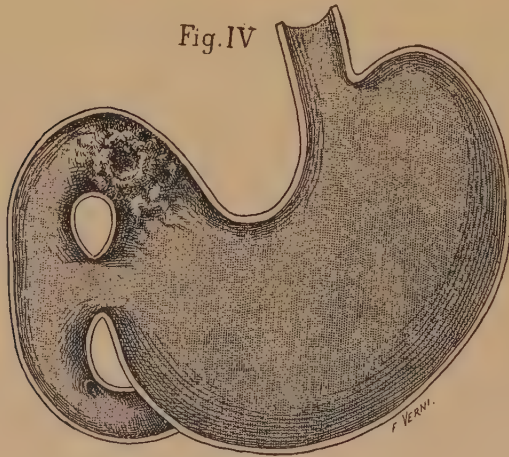
droite et à gauche de celle-ci. Aussitôt qu'elle est pratiquée, il faut se hâter de suturer par un surjet arrêté tous les trois ou quatre points les deux orifices l'un à l'autre. Le surjet est fait par des points comprenant toute l'épaisseur des tuniques. Il a ainsi l'avantage de faire l'hémostase et d'adosser grossièrement les tuniques intestinale et gastrique l'une à l'autre. Le surjet est naturellement commencé sur les lèvres postérieures de l'incision et terminé en avant, comme dans les gastro-entéro-anastomoses ordinaires. Pendant ces manœuvres, qui sont les seules dangereuses au point de vue de l'infection, les aides doivent s'opposer par des pressions intelligentes à l'issue au dehors des liquides gastriques ou intestinaux. Une manœuvre que M. Villard emploie avec succès consiste à refouler avec un doigt la face postérieure de l'estomac au travers de l'incision, ce qui fait un bouchon qui ne gêne pas pour les sutures et réalise parfaitement l'étanchéité momentanée. Si, malgré tout, un peu de liquide s'écoule, le champ opératoire étant bien protégé, il ne faut pas s'en alarmer.

Lorsque l'anastomose est ainsi fermée, il ne reste qu'à pratiquer la suture séro-séreuse antérieure. Pour cela il suffit de reprendre le fil avec lequel on avait commencé celle-ci en arrière (Fig. II b') et de continuer avec lui les sutures en avant jusqu'à ce que le tour complet ayant été fait, on retrouve le point initial de la suture séro-séreuse postérieure, marquée par le fil (Fig. II, b). Il suffira de nouer les deux bouts pour terminer l'anastomose.

CINQUIÈME TEMPS

Réintégration des viscères. — Fermeture de la paroi.

Lorsque la ligne de suture a été une dernière fois vérifiée et la région bien asséchée, il ne reste plus qu'à réintégrer l'estomac dans la cavité abdominale. La suture de la paroi est faite en deux plans, le pre-



mier au catgut pour le péritoine et l'aponévrose profonde, car il est très difficile, surtout chez l'homme, de faire une suture purement péritonéale, étant donné la fragilité de la séreuse en cette région; un second plan au fil métallique comprend l'aponévrose superficielle et la peau. L'opération a duré en tout 25 à 30 minutes.

VARIÉTÉ POSTÉRIEURE.

Il nous faut décrire maintenant une modification à ce procédé typique que M. Villard a utilisée dans ses deux derniers cas. Elle consiste dans la création de la bouche stomacale non pas sur le bord antérieur de la grande courbure, mais sur son bord postérieur. Pour ce faire, il est nécessaire, lorsqu'on attire l'estomac en dehors et que l'on cherche le point sur lequel va porter l'incision gastrique de dilacerer largement avec le doigt la toile épiploïque, de façon à bien découvrir la région duodénale et pancréatique d'une part et l'extrémité droite de la face postérieure de l'estomac de l'autre. Il est alors facile de faire porter l'incision gastrique sur cette face postérieure au ras de la grande courbure et de l'anastomoser avec la deuxième partie du duodénum. Ce temps, qui paraît un peu compliqué au premier abord, est très simple et favorise beaucoup les manœuvres ultérieures. En réalité, la présence de l'épiploon gêne un peu dans la variété antérieure et l'on est dans de meilleures conditions après s'être débarrassé du repli séreux. Enfin, nous pensons que le fonctionnement de l'anastomose est meilleur avec ce procédé qui rappelle, en petit, la modification apportée par la gastro-entéro-anastomose postérieure de Von Hacker sur le procédé antérieur de Wolfler.

SOINS CONSÉCUTIFS.

Ils sont analogues à ceux des gastro-entéro-anastomoses ordinaires. Pendant les 48 heures qui suivent, il est utile de laisser le malade au repos et d'immobiliser les viscères à l'aide de l'opium ou des injections de morphine. Cependant, l'état du malade peut, au contraire, exiger des excitants (caféine, éther, sérum artificiel). Conformément à la pratique de M. le professeur Terrier, il est bon d'alimenter le malade de bonne heure. Dès la première journée de petites quantités de liquide sont données par cuillerées à café ; le lendemain, lait coupé d'eau, thé, café, bouillon de viande, mais par petites quantités. On doit rejeter toutes les boissons gazeuses qui ont l'inconvénient de distendre l'estomac. Vers le quatrième ou cinquième jour on peut déjà donner des potages et, ultérieurement, des aliments solides.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Si la première intervention de M. Villard ne fut pas suivie d'un succès, on ne saurait en incriminer la gastro-duodénostomie sous-pylorique. L'état de cachexie était tel qu'à peine avait-on osé anesthésier le malade et qu'il mourut sans que l'opération semble avoir eu la moindre influence sur l'issue fatale qui survint 48 heures après. On peut, cependant noter que les sutures avaient parfaitement résisté et qu'il n'y avait aucune trace de réaction péritonéale.

Les résultats des deux autres cas ont été excellents ; en très peu de temps l'état général devint bon. L'absence de phénomènes péritonéaux (la température ne s'éleva pas au-dessus de 38°) permit de commencer très vite l'alimentation.

Dès le lendemain de l'opération les malades n'accusèrent plus aucuns troubles subjectifs, tels que pe-

santeurs, aigreurs, dégoût des aliments. Enfin la sensation de faim reparut très rapidement : le 2^e jour (Obs. II) et le 4^e jour (Obs. III).

Nous ne croyons pas que cette disparition des troubles subjectifs soit aussi prompte et aussi complète dans la gastro-entéro-anastomose, car, le plus souvent, on note dans les observations, des éructations et de grands vomissements bilieux. C'est le séjour de la bile dans l'estomac qui provoque ces vomissements (Weill) et qui retarde le retour de la sensation de faim.

Il est bon de remarquer aussi la façon très rapide dont une de nos malades est revenue à un parfait état de santé ; 8 jours après l'intervention elle avait repris 2 kilogs et, 6 mois après, elle avait récupéré son poids normal ayant engraisé de 23 kilogs. Ses règles, qui avaient complètement disparu, sont revenues après 15 mois, et depuis, elles sont régulières. Chez la seconde de nos opérées nous notons une augmentation de plusieurs kilogs en quelques semaines, malgré l'évolution de ses lésions de tuberculose pulmonaire.

L'étude des modifications survenues dans l'état fonctionnel de l'estomac de nos malades montre avec quelle rapidité la cavité gastrique est revenue à son état normal. Dans l'observation III, la dilatation datait de deux ans et était déjà considérable. L'abdomen paraissait volumineux et l'estomac descendait jusqu'à trois travers de doigt du pubis. Or, en moins d'un mois, l'organe était complètement revenu sur lui-même et l'on ne percevait ni clapotement, ni contractions péristaltiques. Le résultat est encore plus

appréciable chez notre seconde malade. Ici, la dilatation était ancienne et datait de plus de 10 ans ; l'estomac, énorme, remplissait plus de la moitié de la cavité abdominale ; dix jours après, il était revenu presque à l'état normal.

Nous attribuons cette régression si prompte, au siège de la nouvelle bouche stomacale pratiquée à la naissance de l'antra pylorique.

En effet, placée ainsi à l'extrémité inférieure de la grande courbure, elle facilite l'évacuation des aliments : mécaniquement, par sa situation en un point décline ; physiologiquement, par ce fait que étant près de l'orifice pylorique, les contractions péristaltiques les poussent plus aisément. On évite ainsi cette dilatation relative, puis permanente de la cavité gastrique, due à la stase des aliments, sur laquelle ont insisté la plupart des auteurs : Guedj, Mintz, Terrier et Hartmann entre autres.

La sécrétion gastrique ne semble pas avoir été beaucoup influencée chez la dernière opérée (Obs. III) ; chez la seconde (Obs. II) l'acidité totalè, qui était fortement diminuée quelques jours avant l'intervention, a atteint son taux normal moins d'un mois après. *A aucun moment l'on n'a décelé de la bile dans le liquide gastrique.*

Ce retour de la bile dans l'estomac a été l'objet de nombreuses discussions, car c'est un accident très fréquent et même, pour ainsi dire, la règle après la gastro-entéro-anastomose. Hartmann et Soupault l'ont trouvé 19 fois sur 20 de leurs opérés ; Carle et Fantino prétendent l'avoir rencontré dans presque

tous les cas; enfin l'on peut citer de nombreuses observations très démonstratives; celles de Devic, dans la thèse de Mahaut, de Rosenheim, de Hayem, etc.

D'après divers auteurs, il ne semble pas que ce reflux de la bile ait une influence considérable sur la digestion gastrique.

Nous pensons, au contraire, que son action est réellement nocive, car, dans bien des cas, on a des vomissements bilieux abondants, survenant pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Or, ceci est un accident sérieux si l'on a affaire à des malades déjà cachectisés, avec estomac irritable et chez lesquels la bile provoque plus facilement les vomissements. De plus, ils peuvent être une cause de tiraillements trop hâtifs des sutures. Enfin, la présence de la bile dans l'estomac, retarde l'apparition de l'appétit.

Il ne faut pas aussi oublier que la plupart des digestions gastriques, en présence de la bile, qui ont été obtenues expérimentalement (Riegel, Ruggero-Odi, Masse et Canneau), ont été faites chez des animaux robustes et que chez l'homme, les cholécystogastrostomies de Angelburger et Wicklof, de Terrier, Monod et de Jaboulay, ont été pratiquées chez des patients qui étaient loin d'être arrivés au degré de cachexie où sont ordinairement les malades atteints de sténose du pylore lors de l'opération.

La présence du suc pancréatique joue aussi un rôle sérieux, tout au moins son action si considérable est sérieusement entravée par l'HCl. de l'estomac.

Il est absolument évident, d'après ces raisons, que la présence des sucs biliaire et pancréatique dans l'estomac au moment où le malade est très faible et où il commence à s'alimenter, doit avoir une influence fâcheuse. C'est, croyons-nous, à l'absence de ces sucs digestifs que nous devons un si prompt rétablissement de l'état général des deux opérés de M. Villard.

L'abouchement de l'estomac avec la deuxième portion du duodénum permet aux aliments d'entraîner le suc pancréatique et la bile lors de leur passage. Tandis que, dans les diverses gastro-entéro-anastomoses, le reflux se fait naturellement par la bouche gastro-intestinale sous l'influence des contractions de l'intestin provoquées par la bile elle-même.

Nous avons déjà noté la disparition immédiate des sensations douloureuses ; ce fait doit vraisemblablement être attribué à la régression et à l'évacuation facile de la cavité gastrique, mais, de plus, à aucun moment ils ne se sont plaints de la sensation de gêne, de pesanteur qu'éprouvent beaucoup de gastro-entérostomisés, opérés dans des cas analogues. Nous pensons pouvoir attribuer cela à l'absence de *circulus viciosus*, accident si fréquent dans les gastro-entéro-anastomoses simples.

En résumé : prompt rétablissement de l'état général et de la digestion gastrique dû au siège déclive de l'ouverture gastrique et à l'absence de reflux des sucs biliaire et pancréatique dans l'estomac ; bons résultats éloignés, absence de pesanteurs et de gêne stomacale ; *pas de circulus viciosus*.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

ANCIEN ULCÈRE DE L'ESTOMAC. — STÉNOSE PYLORIQUE.
— GASTRO-DUODÉNOSTOMIE SOUS-PYLORIQUE.

Matelassier, âgé de 63 ans, est envoyé à la salle St-Louis, venant du service de M. le professeur Lépine, où il était entré pour des accidents de sténose pylorique. Ce malade, depuis l'âge de 30 ans, présentait des troubles gastriques caractérisés par des vomissements survenant par périodes, sans jamais pourtant que ceux-ci soient accompagnés de mœléna ou d'hématémèses. Depuis huit mois, une aggravation brusque des symptômes s'est produite avec dégoût des aliments, ballonnement de l'abdomen après les repas, amaigrissement rapide. Les vomissements, de plus en plus fréquents, atteignent quelquefois le nombre de 15 dans une seule journée. Selles très rares.

A l'entrée du malade dans le service de M. le professeur Lépine, l'amaigrissement était considérable ; la face était terreuse, et l'estomac très dilaté avec un clapotage des plus facile à obtenir, offrait des contractions péristaltiques très nettes. L'examen du chimisme stomacal montra qu'il s'agissait très probablement d'un ulcère ancien ; l'acide chlorhydrique libre donnait, en effet, une réaction complète.

On jugea à ce moment une intervention chirurgicale nécessaire malgré l'état général très mauvais du malade ; celui-ci était pourtant très déprimé et excessivement faible ; la voix était éteinte, les urines très rares, et depuis 36 heures les forces avaient baissé rapidement. On fit alors passer le malade dans le service du Dr Villard, suppléant le Dr Vallas pendant une absence.

Opération. — Le 20 avril, M. Villard pratique l'opération suivante :

Après lavage préalable de l'estomac minutieusement fait, l'anesthésie à l'éther est menée très superficiellement, en raison de l'état général inquiétant du malade. Laparotomie médiane sus-ombilicale ; on trouve aussitôt des signes évidents d'ancien ulcère dans la région pylorique. Il existe, en ce point, un tissu de cicatrice formant une large plaque englobant tout le pylore. De nombreuses adhérences péritonéales périphériques immobilisent et indurent la région. L'estomac, quoique revenu sur lui-même à la suite des lavages, présente pourtant une notable distension.

M. Villard se décide, en présence de la difficulté de pratiquer une pyloroplastie au milieu des tissus cicatriciels, à pratiquer une anastomose de la grande courbure de l'estomac et de la deuxième portion du duodénum immédiatement au-dessous du pylore.

Deux points de suture rapprochent l'estomac et le duodénum, et une première suture séro-séreuse fixe les deux organes sur une longueur de 4 c. 1/2 environ.

Une ouverture est alors pratiquée sur l'estomac et sur le duodénum, et deux plans de suture, en surjet muco-muqueux et séro-séreux, constituent définitivement l'anastomose.

Dans le but de rendre béante cette ouverture, et d'assurer un passage facile des liquides que l'on désire faire ingérer presque de suite au malade, vu la gravité de son état, un gros tube de caoutchouc est laissé dans l'anastomose, ses deux extrémités aboutissant à la cavité gastrique d'une part, et à la lumière duodénale de l'autre. La paroi abdominale est rapidement fermée. L'intervention a duré environ 30 minutes.

Le soir de l'intervention, le malade est très faible ; on essaye de l'alimenter avec des liquides ingérés par petites quantités et au moyen de lavements nutritifs.

21 avril. — La situation est toujours très grave, la faiblesse a encore augmenté.

Les urines restent très rares. Pas d'élévation de la température.

22 avril. — Le malade succombe dans la soirée, sans aucun signe de réaction péritoénale.

Autopsie. — Etat parfait de la gastro-duodénostomie ; les sutures ont parfaitement tenu ; l'anastomose était étanche et le tube de caoutchouc était encore en place. Aucun signe de péritonite. La mort est certainement due à l'état d'inanition et d'insuffisance rénale dans lequel était le malade au moment de l'intervention.

L'examen de la face interne de l'estomac montre la présence d'un double ulcère de la région pylorique et de la petite courbure.

OBSERVATION II

STÉNOSE NÉOPLASIQUE (?) DU PYLORE. — GASTRO-DUODÉNOSTOMIE SOUS-PYLORIQUE

F... Marie, âgée de 35 ans, demeurant à Marseille, entre le 18 juillet 1899, à la salle Ste-Marguerite, à l'hospice de la Charité de Lyon, pour des troubles gastriques. Elle est envoyée par le Dr Lyonnét, médecin des Hôpitaux de Lyon. Pas d'antécédents héréditaires. Les antécédents personnels sont à peu près nuls ; on retrouve seulement, dans la région cervicale, quelques cicatrices laissées par des adénites suppurées de l'adolescence.

Mariée il y a 7 ans, cette malade a eu des enfants actuellement en bonne santé. Sa dernière couche remonte à trois années. C'est depuis cette époque

que les accidents actuels auraient débuté. Depuis deux ans surtout la malade se plaint d'être ballonnée après les repas.

La digestion, lente, s'accompagnait de sensations de plénitude et d'éruclations désagréables ; puis des vomissements apparurent de temps à autre et devinrent peu à peu de plus en plus fréquents, vomissements alimentaires et survenant plusieurs heures après les repas ; jamais de sang dans les vomissements, jamais non plus de mœléna.

A aucun moment l'affection ne s'est accompagnée de phénomènes douloureux. Au début des accidents, une diarrhée abondante s'était établie ; elle a fait place, à l'heure actuelle, à une constipation très opiniâtre.

Dans ces derniers temps, un amaigrissement très rapide s'est manifesté avec perte des forces.

A l'entrée de la malade, on est frappé par cet état d'amaigrissement très marqué ; le poids est, en effet, de 36 kilogs seulement ; les traits sont tirés, la face est pâle.

Lorsqu'on l'interroge, elle raconte qu'elle a perdu l'appétit et que, même, elle évite de manger pour ne pas être exposée aux pesanteurs et aux vomissements qui suivent l'ingestion des aliments. Les vomissements sont, en effet, à peu près journaliers et très abondants. Ils sont constitués par des aliments et souvent par des aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Ils s'accompagnent de sensation d'amertume, mais pas de brûlure à la gorge.

La malade accuse des céphalalgies, une déperdi-

tion considérable des forces et, fait intéressant, ses règles qui, ordinairement, ne manquaient jamais, sont suspendues depuis neuf mois, sans qu'il y ait aucun symptôme de grossesse.

L'examen de la malade montre immédiatement un abdomen volumineux et l'on reconnaît que cette distension est due uniquement au volume considérable de l'estomac qui, très dilaté, occupe à peu près tout le ventre et descend presque à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le clapotage est très facilement obtenu par les moyens ordinaires.

L'examen de la paroi abdominale permet d'apercevoir des contractions péristaltiques très énergiques, les ondes des contractions se succèdent rapidement en dessinant admirablement la forme de l'estomac.

La palpation ne permet pas de sentir de tumeur dans la région pylorique. Elle ne révèle aucune douleur.

L'examen du foie ne montre pas d'augmentation de volume de l'organe. Rien non plus du côté de la vésicule biliaire, jamais d'accidents lithiasiques, jamais d'ictère. Rien aux poumons ni au cœur, rien du côté des organes génitaux.

Pas d'albumine dans les urines.

L'examen du chimisme stomacal montre une petite quantité de HCl libre et une diminution de l'acidité totale.

Devant les signes indubitables de sténose pylorique une intervention chirurgicale est pratiquée par M. Villard, le 26 juillet 1899.

26 juillet 1899. — Gastro-duodénostomie sous-pylorique. Lavages évacuateurs de l'estomac la veille et immédiatement avant l'opération. Lavages faits à l'eau bouillie jusqu'à ce que le liquide retiré soit clair. Désinfection ordinaire de la paroi abdominale. Anesthésie à l'éther.

Incision sus-ombilicale de 20 centimètres.

Après ouverture de l'abdomen on reconnaît la présence, au niveau du pylore, d'une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur, de forme arrondie, fait saillie vers la muqueuse et ne se trahit à l'extérieur que par un soulèvement des tuniques intestinales; il n'y a aucune infiltration néoplasique de celle-ci. Le pylore est incliné sans adhérences vers les organes voisins. Seuls quelques ganglions rétro-pyloriques et d'autres situés dans l'épiploon gastro-hépatique vers le hile du foie, font rejeter l'idée d'une pylorectomie; la gastro-duodénostomie est donc décidée. De façon à mieux découvrir la région, le grand épiploon est dilacéré avec les doigts au voisinage de l'extrémité droite de la grande courbure et, au travers de l'ouverture ainsi créée on a nettement devant les yeux la face antérieure du duodénum et l'insertion antérieure de la tête du pancréas et, d'autre part, le bord postérieur de la grande courbure de l'estomac. Les deux organes sont rapprochés et juxtaposés l'un à l'autre par deux points de suture à la soie, distant de 6 centimètres environ l'un de l'autre. Ces deux fils, laissés en place, servent de tracteurs. L'anastomose des deux organes est, dès lors, rapidement pratiquée au moyen d'un surjet séro-séreux et musculo-muqueux, surjet arrêté

tous les trois points. L'anastomose est établie suivant un manuel opératoire à peu près analogue à celui décrit par Terrier et Hartmann. Après vérification des sutures, l'assèchement parfait de la région avec des compresses et le placement d'un peu de poudre d'iodoforme sur l'anastomose, les viscères sont réintégrés dans l'abdomen et la paroi abdominale est refermée par une suture à deux étages.

L'opération a duré trente minutes et n'est accompagnée d'aucun incident.

28 juillet. — Les suites immédiates ont été parfaites, la température rectale ne s'est pas élevée au-dessus de 38°. La malade n'a présenté aucun choc.

Dès le lendemain de l'intervention, elle accusait une disparition complète de la sensation de pesanteur gastrique, ainsi que des éructations ou des nausées. La sensation de faim se manifeste et la malade est alimentée avec des liquides.

2 août. — L'état général est excellent. Le pansement vient d'être renouvelé, les fils à suture sont enlevés ; aucune réaction inflammatoire de la plaie.

La malade demande à s'alimenter ; disparition absolue de tous les phénomènes gastriques antérieurs.

Les solides sont digérés sans incident.

La malade a été pesée, elle a engraisé de 2 kilogs.

20 août. — La malade quitte aujourd'hui l'hôpital dans un état parfait. Elle a engraisé de 6 kilogs et s'alimente comme les autres malades.

L'examen de l'estomac montre que l'organe est revenu complètement sur lui-même; plus de clapotage, plus de contractions péristaltiques.

L'examen du contenu gastrique permet de constater que l'évacuation de l'estomac se fait complètement sans résidu, le chimisme montre qu'il n'y a pas de modification du côté de l'acidité. *Pas de trace de bile* dans le liquide gastrique.

Décembre 1899.— La malade a envoyé de ses nouvelles : elle est enchantée, a repris toutes ses fonctions et se porte mieux que jamais, aucun trouble gastrique; elle a engraisé de 22 kilogs en 5 mois. Fait intéressant, ses règles, qui avaient disparu depuis quinze mois ont réapparu il y a deux mois et se montrent abondantes et régulières.

14 février 1900.— La malade, de passage à Lyon, est présentée à la Société de Chirurgie. Nous la retrouvons avec un état de santé florissant, le teint est coloré, l'aspect souriant; pesée il y a quinze jours, elle accusait une augmentation de 23 kg. 500 gr. A la suite de quelques accidents grippaux, elle avait perdu quelques centaines de grammes dans ces derniers jours.

L'examen de l'estomac a été fait par M. le docteur Lyonnet; il a montré la disparition de la dilatation de l'organe, l'absence de tout signe de récidence de la sténose, pas de contractions péristaltiques.

La palpation du ventre ne permet pas de sentir de tumeur.

En présence de tous ces symptômes négatifs et devant l'état général si excellent de l'opéré, nous demandons même si on ne s'est pas trouvé au cours de l'intervention en présence d'une pseudo-tumeur inflammatoire, tuberculeuse peut-être (ceci étant en rapport avec la présence des ganglions péripyloriques).

OBSERVATION III

La nommée R..., Françoise, âgée de 45 ans, domestique, est entrée le 23 novembre 1899 à la salle Sainte-Blandine pour des accidents gastriques.

Père et mère morts âgés; le père aurait succombé, à 67 ans, à un cancer de l'estomac. Une sœur de la malade serait également morte d'un néoplasme.

La malade a joui, à peu près toujours, d'une bonne santé; réglée à 13 ans, a eu un enfant à 17 ans. A 32 ans, c'est-à-dire il y a 13 ans, elle avait été soignée à la Charité dans le service de M. le professeur Laroyenne pour une hématocele suivie de péritonite. Depuis l'an passé, les règles ont à peu près complètement disparu. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Depuis une dizaine d'années sont apparus des troubles gastriques peu marqués : inappétence, pesanteur après les repas, constipation opiniâtre. Ces troubles, qui étaient sujets à des améliorations et des aggravations, et qui ne s'étaient jamais

accompagnés de phénomènes graves ni d'hématémèse ou de mœléna, ont subi depuis quelques mois une augmentation très accentuée. Depuis deux mois sont survenus des vomissements qui tendent à devenir journaliers ; ces phénomènes l'ont décidée à entrer à l'hôpital.

A son entrée on constate : vomissements deux fois par jour après chaque repas ; ils surviennent deux ou quatre heures après le repas ; ils sont alimentaires, n'ont pas de saveur acide et sont précédés d'éruclations gazeuses ; jamais de sang, jamais de mœléna.

L'appétit est très diminué. Dégoût très marqué pour la viande. Lorsque la malade ne vomit pas, l'ingestion des aliments s'accompagne d'une sensation de lourdeur et de pesanteur au niveau de l'estomac.

Légères douleurs au creux épigastrique, mais pas de douleurs en broche.

La malade est nerveuse, elle pleure et s'emporte facilement. Les réflexes cornéen et pharyngien sont presque complètement abolis. Battements des paupières.

A l'examen physique de l'estomac, on constate que celui-ci est abaissé et très dilaté ; il occupe l'hypocondre gauche, la fosse iliaque du même côté jusqu'au pubis et atteint également la fosse iliaque droite. Le clapotage est obtenu des plus facilement par la palpation, la succussion et les mouvements de la malade.

La palpation permet de sentir, dans la région du pylore, une masse indurée; au cours de cette recherche on peut constater des mouvements péristaltiques de l'estomac, très nets.

Pas de douleurs vives par la palpation. Pas d'augmentation de la matité hépatique, rien au cœur ni aux poumons. Amaigrissement considérable; la malade pèse 39 kilogs; la peau est sèche et donne par pression le pli cachectique. La langue et la bouche sont sèches, et la malade accuse une soif constante. Les urines contiennent un léger disque d'albumine.

12 janvier 1900. — La malade a été soumise à des lavages d'estomac qui l'ont immédiatement améliorée, l'évacuation de la cavité gastrique a permis de percevoir nettement une tumeur sous-ombilicale du volume d'une noix.

Le Chimisme, pratiqué, a démontré l'absence de HCl et une acidité totale de 0 gram. 32 par litre.

15 janvier. — Devant l'aggravation de l'état général, la perte progressive des forces de la malade et l'amaigrissement qui augmente (la malade a encore perdu 1 k. 5 et ne pèse plus que 37 k. 5) une intervention chirurgicale est décidée. Elle est pratiquée par M. Villard le 16 janvier 1900.

Opération. — Des lavages de l'estomac ont été pratiqués la veille, et le matin de l'opération. Une heure et demie s'est pourtant écoulée entre le dernier lavage et l'opération, ce qui a permis à l'estomac de laisser amonceler une certaine quantité de sécrétions qui ont été gênantes au cours de l'intervention.

Les précautions de désinfection ordinaires étant prises, anesthésie à l'éther. Incision médiane de la paroi abdominale de 20 centimètres, dépassant en bas l'ombilic de quelques centimètres ; on reconnaît immédiatement, sur le pylore attiré dans l'incision, la présence d'une tumeur de la petite courbure, ayant envahi la partie supérieure de l'orifice duodénal de l'estomac, la tumeur filant vers l'épiploon gastro-hépatique, sans tendance à l'envahissement en bas, des tuniques gastriques. M. Villard décide de pratiquer une gastro-duodénostomie sous-pylorique.

L'extrémité droite de la grande courbure de l'estomac étant reconnue ainsi que la deuxième partie du duodénum, le grand épiploon est dilacéré à ce niveau et deux points de suture unissent, au travers de l'orifice, la face postérieure de la grande courbure au duodénum. Ces deux organes sont suturés l'un à l'autre et anastomosés suivant le manuel opératoire décrit. Au cours des manœuvres, les liquides gastriques, dus à une sécrétion exagérée de la muqueuse, ont présenté une tendance ennuyeuse à faire issue au dehors. Le doigt d'un aide, refoulant au travers de l'incision gastrique la paroi opposée de l'estomac, a été le meilleur moyen de contention des liquides.

Les surfaces anastomosées sont réduites, après avoir été saupoudrées d'une légère couche d'iodoforme. La paroi abdominale est suturée à deux plans.

20 janvier. — Les suites immédiates sont parfaites. La température n'a pas atteint 38°. La sensa-

tion de plénitude gastrique a disparu, ainsi que les vomissements. La malade a bu dès le soir de l'opération et elle s'alimente actuellement avec des aliments liquides. Première sensation de faim.

28 janvier. — La malade peut être considérée comme guérie. Elle s'alimente avec plaisir. Disparition des mouvements péristaltiques. L'estomac est revenu. Poids augmenté de 2 kilos. Enlèvement des fils de suture.

27 février. — La malade repasse dans le service de M. Lyonnet. Elle vient d'avoir la grippe, ce qui l'a abattue. Diarrhée tenace.

5 mai. — L'état est bien meilleur. Elle pèse 42 kil. 5, soit 5 de gagnés. La digestion se fait bien. Pas de vomissements depuis l'intervention.

31 mai. — L'augmentation de poids est encore de 1 kilog. Cette faible augmentation de l'embonpoint, peu en rapport avec le fonctionnement parfait de l'anastomose, s'explique par le développement de lésions tuberculeuses au sommet droit. Depuis un mois, la fièvre s'élève fréquemment à 39° et l'auscultation fait entendre des craquements humides au sommet droit en avant et en arrière. L'examen du contenu stomacal a montré qu'il n'y avait pas de résidus gastriques dans l'intervalle des digestions. L'analyse du suc gastrique ne montre pas de modifications autres que celles observées avant l'intervention et fait voir, en outre, l'absence totale des éléments de la bile.

CONCLUSIONS

1^o A l'heure actuelle le traitement des sténoses du pylore se partage entre deux sortes d'interventions : la pyloroplastie et la gastro-entérostomie. En effet, la pyloréctomie vise la cure radicale du cancer et les dilatations, digitale ou autres, du pylore sont abandonnées.

2^o Les difficultés opératoires ou les accidents observés dans les pyloroplasties et les gastro-entérostomies permettent de concevoir entre les deux opérations une intervention intermédiaire décrite, par M. Villard, sous le nom de gastro-duodénostomie sous-pylorique.

3^o Cette opération consiste dans l'établissement d'une anastomose entre le bord gauche de la deuxième

portion du duodénum, immédiatement en avant de la tête du pancréas et l'extrémité droite de la grande courbure, à quelques centimètres au-dessous du pylore.

4^o Cette intervention a l'avantage de rétablir, d'une façon à peu près normale, le passage du chyme stomacal dans l'intestin, en assurant les conditions physiologiques du déversement duodénal des sucs biliaire et pancréatique.

5^o Elle évite les difficultés opératoires de la pyloroplastie dans les rétrécissements cicatriciels avec tissus de sclérose et adhérences étendues, et les récurrences de l'opération de Heinecke-Mikulicz. Elle met complètement à l'abri des accidents du *circulus viciosus* et des inconvénients du reflux dans l'estomac des liquides biliaire et pancréatique, phénomènes observés après les gastro-entérostomies.

6^o Les indications seront : a) *dans les rétrécissements cicatriciels* tous les cas où l'étendue des lésions rendra difficile la pyloroplastie ; b) *dans les rétrécissements néoplasiques*, elle s'appliquera aux formes de cancers limités à la petite courbure avec envahissement du pylore et impossibilité de pratiquer la pyloréctomie ; c) d'autres indications relèveront, mais à titre plus exceptionnel, des sténoses d'origine biliaire ou congénitale, ou des accidents aigus d'ulcère gastrique.

7^o Les résultats obtenus ont montré un relèvement rapide de l'état général, le rétablissement normal des fonctions gastriques et l'absence de troubles digestifs, même légers.

VU :

Le Président de la Thèse,
Antonin PONCET.

VU :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon le 25 juin 1900.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRAUN. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*. Berlin, 1893.
- CARLE et FANTINO. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1898.
- CZERNY. — Beitr. z. operation Chir. Stuttgard, 1878.
- DASTRE. — *Archives de Physiologie*, 1890.
- DEGUY. — *Journal des Praticiens*, février 1899.
- DOYEN. — Chirurgie de l'estomac.
- FENGER. — *Archiv. für pathol. anatomie*. Berlin, 1855, t. VI, p. 350.
- GUEDJ. — Th. Paris, 1898.
- GUSSENBAUER et WINIWARTER. — *Archiv. für Klin. Chirurgie*. Berlin, 1876, t. XIX, p. 347.
- HARTMANN et SOUPAULT. — *Revue de Chirurgie*, 1899, p. 137.
- HAYEM. — *Bulletin Académie de Médecine*, 1898.

- HEINECKE. — *In thèse de Frohmüller. Furth, 1886.*
- JABOULAY. — *Archives provinciales de Chirurgie, 1897.*
- JABOULAY. — *Lyon Médical, 1894, t. 77, p. 414.*
- JABOULAY. — *Lyon Médical, novembre, 1898.*
- KOVESI. — *Munchener Med. Wochenschrift 1898.*
- LAUENSTEIN. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig, 1896.*
- LINOSSIER. — *Archives générales de Médecine, 1899, p. 592.*
- MAHAUT. — *Thèse de Lyon, 1895.*
- MASSE. — *Congrès de Chirurgie, 1898.*
- MAX WICKHOFF et ANGELBERGER. — *Wiener Klinische Wochenschrift, 1893.*
- MERREM. — *Animadvertiones quædam chirurgicæ experimentis in animalibus factis illustratæ. Gissac, 1810.*
- MIKULICZ. — *Vortrag. gehalten am 3 Sitzungstage des Congresses, 15 avril 1887.*
- MINTZ. — *Wiener Klinische Wochenschrift, 1895.*
- NICOLADONI et WOLFLER. — *In Central. Blatt für Chirurgie. Leipzig, 1881. p. 705.*
- PÉAN. — *Gazette des Hôpitaux. Paris, 1879, p. 473.*
- ROSENHEIM. — *Deutsche Med. Wochenschrift, 1892.*
- ROUX. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Paris 1897.*
- RUGGERO-ODI. — *Azione della bile sulla digestione gastrica. Perugia, 1887.*

SAVARIAUD. — Th. Paris, 1897-1898.

SEDILLOT. — *In* Wimpffen, thèse de Strasbourg, 1850.

TERRIER. — *Revue de Chirurgie*, 1896.

TERRIER et HARTMANN. — *Traité de chirurgie de l'estomac*. Paris 1899.

VILLARD. — *Province Médicale*, 1897.

VILLARD. — *Semaine Médicale*, 1897.

VILLARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*.
15 février, 1900, t. III, 2^e fascicule.

VON HACKER. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*.
Berlin, 1885.

